



NYS 발달 장애인 사무국 메디케어 파트 D 수혜자 지명 양식

이 양식은 OPWDD 또는 OPWDD 제공업체의 서비스를 받는 것이 가능한 메디케어 수혜자가 사용합니다. 이 양식 상의 지명 대상자는 메디케어 처방약 플랜 수혜자로 등록하여 처방약 플랜을 변경하고/하거나 수혜자의 파트 D 심사 과정에서 행동할 수 있는 권한을 갖게 됩니다. 파트 D 심사 과정에 따른 행동이란 다음의 모든 사항을 처리하는 것을 의미합니다: 불만을 제기하거나 품질 개선 기관에 불만 사항을 제출하거나 보상 범위 결정(예외 요청 및 절차의 신속한 처리 요청 포함)을 요청 및 획득하거나 항소를 제기 및 요청하여 항소 절차의 모든 부분을 처리하는 것.

지침:

1. 본 양식 1 페이지의 모든 난을 작성해 주십시오. 반드시 하단에 서명과 날짜를 기입해 주십시오.
2. 지명 종류를 설명하는 적절한 난에 체크 표시를 하십시오.
3. 원본을 보관하십시오.

정자로 기입해 주십시오

수혜자 이름

거리 주소

시	주	우편번호

본 양식의 지명 대상자가 갖게 될 권한: (해당하는 모든 항목에 체크 표시)

- 본인을 메디케어 파트 D 처방약 플랜에 가입시키고 본인 대신 플랜을 변경
- 파트 D 검토 과정에서 본인을 대신하여 행동

본인은 OPWDD 의 서비스 OPWDD 에 의한 인증, 권한 부여 또는 재정 지원이 이뤄지는 민간 기관의 서비스를 받는 수혜자이며 (다음 난 중 하나를 선택해 주십시오):

본인은 _____(거주지: _____

_____)을[를] 지명합니다.

본인은 OPWDD 에 의한 인증, 권한 부여 또는 재정 지원이 이뤄지는 기관인 _____의 상임 이사를 지명합니다. 나는 해당 상임 이사가 자신을 대신해 행동할 피지명자를 임명할 수 있음을 알고 있습니다.

본인은 _____의 발달 장애 주 정부 운영국(DDSOO) 이사를 지명합니다. 본인은 해당 DDSOO 이사가 자신을 대신해 행동할 피지명자를 지명할 수 있음을 알고 있습니다.

이러한 지명은 제가 이전에 했을 수도 있는 모든 지명을 대신합니다.

서명 _____ 날짜 _____

상임 이사 또는 DDSOO 이사 지명에 관해서는 다음 페이지를 참조하십시오.

상임 이사 또는 DDSOO 이사 지명

이 페이지는 적용되는 경우 상임 이사 또는 DDSOO 이사를 대신해 행동할 피지명자의 임무를 문서화하는 데 사용될 수 있습니다.

아래의 이름 및 서명 당사자는 상임 이사 또는 DDSOO 이사가 수혜자(이러한 결정을 할 수 있는 상임 이사 또는 DDSOO 이사가 지명을 받은 경우)를 대신해 등록 결정을 내리고/내리거나 수혜자(그가 역할을 대신할 상임 이사 또는 DDSOO 이사를 지명한 경우) 파트 D 심사 과정에 따라 행동할 수 있도록 그들을 지명했음을 증명합니다.

피지명자

이름

서명

이름

서명

이름

서명